FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

n° 369

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques LESCANNE

né le 22 septembre 1936 à Nancy (M. et M.)

Externe des Hôpitaux de Paris

—

Présentée et soutenue publiquement le :

—

A PROPOS DU CARACTERE TARDIF DES ATTEINTES RADIOLOGIQUES DANS DEUX CAS DE MALADIE DE KAHLER

—

Président : Mr. DELBARRE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques LESCANNE

né le 22 septembre 1936 à Nancy (M. et M.)

Externe des Hôpitaux de Paris

—

Présentée et soutenue publiquement le :

—

A PROPOS DU CARACTERE TARDIF DES ATTEINTES RADIOLOGIQUES DANS DEUX CAS DE MALADIE DE KAHLER

—

Président : Mr. DELBARRE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
	RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	ROUSSAYROL (J.-Cl.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Laribolsière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Sichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	BOUYSOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur F. DELBARRE

Professeur de clinique de rhumatologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Paul GALMICHE

Médecin de l'Hôpital de Neuilly.

Qui nous a accueilli à plusieurs reprises dans son service.

En témoignage de notre respectueuse amitié.

A mes Maîtres d'externat :

Monsieur le Docteur LEVESQUE

Monsieur le Docteur BARBIZET

Monsieur le Docteur PERROT

Monsieur le Docteur GALMICHE

Monsieur le Docteur GUILLAUMIN

Monsieur le Docteur SEE.

Le premier cas connu de myélome, comportant l'association caractéristique de signes généraux, osseux et urologiques, nous a été transmise par une observation de Mac Intyre en 1850.

Cette observation mettait en évidence une entité définie par :

. cliniquement, douleurs osseuses et fatigue générale,

. biologiquement une "matière animale" particulière découverte par Bence Jones dans les urines.

. enfin anatomiquement, une fragilité osseuse particulière du sternum et des côtes avec moelle "gélatiniforme".

Kahler en 1889 précise le tableau clinique, définissant l'association entre les tumeurs osseuses multiples décrites par Rustitsky et la protéinurie de Bence Jones.

Puis, c'est l'étape cytologique, avec la découverte par Walgren en 1921 d'une prolifération cellulaire propre au myélome, celle du plasmocyte, vérifiée depuis par la pratique systématique de la ponction sternale.

Parallèlement, les progrès de l'exploration radiologique permettent un inventaire de plus en plus détaillé des altérations osseuses.

Enfin, les anomalies protidémiques, soupçonnées dès 1889, sont étudiées entre 1930 et 1940 par Magnus Levy qui relie l'hyperglobulinémie à la prolifération plasmocytaire. L'apparition de nouvelles méthodes de fractionnement des protides, notamment de l'électrophorèse, a ouvert, avec les travaux de Delbarre et Soulier, l'étape actuelle.

Il serait vain de citer, même brièvement, les principales manifestations de début de la maladie de Kahler. Parmi les dix observations relevées, dans le service du Docteur Galmiche à Neuilly, nous notons :

Atteinte de l'état général (quatre), douleurs ostéo-articulaires (cinq), fracture spontanée (une), pneumopathies à répétition (une), Enfin une manifestation rénale n'est mise en évidence au début que dans trois observations. Avec des moyens d'ailleurs rudimentaires. Notons à ce sujet que l'immuno-électrophorèse a permis la mise en évidence constante de la protéine de Bence Jones.

Nous rappellerons plutôt les épreuves paracliniques qui permettent d'affirmer le diagnostic devant des manifestations cliniques polymorphes, aberrantes ou banales. Anormales surtout par leur persistance ou leur répétition.

- La vitesse de sédimentation d'abord :

Elle est souvent très élevée, voire évocatrice,dès le premier examen : plus de 90 à la première heure dans neuf cas sur dix.

- Le myélogramme :

Pratiquée systématiquement devant toute suspicion de myélome, la ponction sternale est impressionnante, mais facile et peu douloureuse.

Elle peut permettre de constater un nombre élevé de cellules plasmocytaires,

. rendant le diagnostic évident en cas d'envahissement.

. ou discutable quand le pourcentage est inférieur à 15 %.

La présence d'anomalies morphologiques des plasmocytes, nucléoles en particulier, prend alors toute sa valeur.

- L'électrophorèse.

Utilisant la migration des protéines dans un champ électrique, avec des conditions déterminées de t° et de pH, affirme généralement l'hyperglobulinémie.

L'électrophorèse sur papier, facile à réaliser, donne directement le pourcentage de protéines. Selon la position du pic globulinique, on parlera de myélome de type γ ou β exceptionnellement α.

- L'immuno-électrophorèse.

Est d'introduction clinique plus récente, mise au point par Grabar et Williams, la migration électrophorétique sur gélose du sérum à étudier, jouant le rôle d'antigène, précède la mise en contact avec l'anticorps représenté par le sérum d'un animal donné préparé par injection de sérum humain normal.

L'immunologie apporte ainsi d'utiles indications sur les globulines anormales et leurs rapports avec les globulines sériques normales.

o0o

Nous nous proposons ici d'insister particulièrement, à partir de deux observations relevées dans le service du Docteur Galmiche à Neuilly, sur la fréquence d'un long temps de latence entre la constatation biologique du myélome et les premières manifestations radiologiques de la maladie.

o0o

La première observation est particulièrement atypique.

Madame L... Henriette, âgée de 78 ans, blanchisseuse,

Entre dans le service le 20 septembre 1962 pour :

syndrome douloureux et fébrile avec oedème du membre inférieur gauche, qui évoquait alors une phlébite.

Un anévrysme crural gauche, de la fémorale superficielle apparaît brusquement le 27 septembre 1962.

Les clichés du fémur ne montrent alors aucune anomalie osseuse.

A l'hôpital de Versailles est pratiquée une exérèse de l'ectasie, en voie de fissuration. Il est important de noter que la pièce ne montre aucun caractère anatomo-pathologique particulier.

Cet anévrysme nous avait intrigués par :

Cliniquement : - l'absence d'antécédent
- sa localisation inhabituelle
- l'intégrité cardio-vasculaire par ailleurs, et en particulier, le degré minime d'athérosclérose, vérifié chirurgicalement.
- la fièvre, irrégulière, mais persistante
- l'absence de troubles associés

Biologiquement : - les nombreuses hémocultures toutes négatives
- les séro-diagnostics négatifs (BW, salmonellose, brucelloses, rickettsioses, néo-rickttsioses).
- la V.S. très accélérée : 120 - 140.
- une anémie normochrome persistant à 3.000.000

La malade rentre dans le service le 20 novembre 1962, en bon état général.

A son retour sont demandés :

- de nouvelles hémocultures, négatives.
- des recherches de cellules L.E., négatives à trois reprises.
- par contre le compte d'Addis est fortement perturbé :

hématies : 30.000

leucocytes :102.000

alors que le culot urinaire ne montre que quelques colibacilles.

Le diagnostic est fait le 1-12-62 sur :

- l'électrophorèse : pic au niveau des γ globulines (32%)
- la ponction sternale : myélogramme riche, fait d'éléments normaux avec une notable plasmocytose (14%).

- l'immuno-électrophorèse confirmant

. l'augmentation importante des γ globulines lentes avec image typique d'anomalie immuno-chimique.

. la grande diminution de la β_2 globuline

. la baisse de certains β_1 et α_2 globulines

. l'élévation de la lipoprotéine lente.

En conclusion : image typique de γ myélome.

La malade rentre chez elle le 21 janvier 1963, en bon état général.

Toutes les radiographies de cette période :

- crâne,
- fémur,
- bassin et colonne lombaire,
- thorax,

sont normales.

Elle revient deux semaines plus tard, le 4 février 1963 pour apparition brutale de douleurs osseuses

- au niveau des basses côtes,
- au niveau de la région lombo-sacrée, avec irradiation à l'aile iliaque gauche.

La ponction de la crête iliaque gauche montre une plasmocytose à 15 %.

Là encore, le bilan tant clinique que radiologique est pratiquement normal.

La malade sort le 29 avril 1963 avec traitement par dilar (4 comprimés) qui sera interrompu en septembre par son médecin traitant.

Nous ne revoyons madame L... que le 1er novembre 1963, pour reprise des douleurs au niveau du rachis.

L'examen clinique :

- ostéo-articulaire,
- neurologique en particulier,

ne montre rien d'anormal, sinon :

- une sensation d'engourdissement au niveau des doigts,
- une palpation douloureuse des épineuses de L_3 et L_4.

L'examen radiologique par contre, à ce satde, montre des images évidentes :

. importantes lacunes au niveau du crâne,

. fractures de côtes,

. aspect "mité" des vertèbres avec interruption du bord antérieur.

L'aggravation sera brutale. Apparition le 20 décembre 1963 de céphalée, obnubilation, pic thermique à 40°. Décès le 21.

Au total : Il s'agit d'une maladie de Kahler

- diagnostiquée le 1er décembre 1962

- silencieuse cliniquement jusqu'en septembre 1963.
- sans signe radiologique visible en avril 1963.

Il serait intéressant de pouvoir rattacher l'anévrysme à une manifestation particulièrement atypique de la maladie de Kahler.

Des troubles minimes, liés à un ralentissement circulatoire et provoqués par le froid ont été décrits au cours de l'évolution:

. coloration anormale à type de livido réticulaire (Langhoff)

. syndrome de Raynaud (Wintrobe, Langhoff).

Mais à notre connaissance, aucun exemple d'anévrysme lié à une maladie de Kahler.

Il pourrait s'agir là d'une forme de début; mais, rappelons le, aucune preuve ne peut en être apportée.

En particulier l'examen anatomo-pathologique de la pièce n'aurait "rien montré de particulier".

La deuxième observation est encore plus évocatrice de notre propos.

Monsieur M... Mohamed, 50 ans, magasinier,
marié, 4 enfants.

Entre le 11 octobre 1963 dans le service à la suite d'un malaise à l'usine.

La santé a toujours été excellente.

L'histoire est donc récente.

Le malade a perdu connaissance sans aura, sans morsure de la langue, sans perte d'urines.

Depuis quinze jours il se plaint d'une fatigue importante et d'un amaigrissement de plusieurs kg, malgré un appétit bien conservé.

Il présente au moment de l'examen des vertiges, des douleurs dans les deux épaules et au niveau des côtes inférieures.

A signaler le 6 novembre 1963 une épistaxis isolé qui dure une heure.

L'examen clinique ne montre rien de particulier.

- appareil ostéo-articulaire normal,
- le coeur est bon, la T.A. à 11-7
- pas de fièvre
- aires ganglionnaires libres, pas de splénomégalie
- abdomen normal, auscultation pleuro-pulmonaire négative.

Sur le plan para-clinique par contre, nous avons la surprise de découvrir :

- une V.S. à 130 - 138
- une N.F. avec
  anémie à 3.500.000 avec 70 % hémoglobine
  leucopénie à 4.700, la formule étant normale.

Par ailleurs,
- l'urémie est à 0,25 g/l.
- la glycémie à 0,90 g/l.
- le L C R normal.
- Fait important, on ne trouvera jamais la moindre trace d'albuminurie.
- Le compte d'Addis est également dans les limites de la normale :
  . hématies : 1225
  . leucocytes : 1925

Là encore, le diagnostic est fait par électrophorèse et myélogramme et confirmé par l'immuno-électrophorèse.

- L'électrophorèse (17-10-63) :

- une protidémie à 82 g. avec
  . baisse de l'albumine : 38 % (53 à 60)
  . augmentation des globulines

α_1 : 7 % (2 à 4)
α_2 : 11 % (7 à 10)
surtout β : 24 % (10 à 13)
γ : 20 % (14 à 21)

- Le myélogramme : étalement très riche en cellules comportant, à côté des lignées normales, un pourcentage élevé (10 %) de cellules plasmocytaires typiques (4, 5 %) ou atypiques (5, 5 %) conduisant au diagnostic de myélome plasmocytaire.

- La nature de ce myélome est confirmée (20-11-63) par l'immuno-électrophorèse : "abaissement de la zone et 2 , mais élévation des macroglobulines 2 , et surtout augmentation considérable de la 2 A globuline,

signant une image typique de β myélome.

- crâne
- bassin et colonne dorso-lombaire
- épaules
- thorax,

ne présentent aucune altération radiologique.

En conclusion, il s'agit d'un β myélome plasmocytaire à peu près latent, cliniquement et radiologiquement.

Monsieur M... Mohamed quitte le service le 5 décembre 1963 avec 15 mg de cortancyl par jour. Il est suivi régulièrement depuis.

Les β myélomes ont une réputation particulièrement défavorable. Il est donc intéressant de noter que notre malade a repris normalement son travail, toujours avec le même traitement.

Les radiologies du crâne et du bassin ne montrent toujours rien de précis (derniers en date le 5 juillet 1965).

La V.S. est descendue à 35 - 52.

oOo

- CONCLUSION -

Il était classique de suspecter la maladie de Kahler devant l'association

- d'une albuminurie importante à caractère thermolabile
- d'altérations osseuses mises en évidence par la radiologie.

En fait, il peut exister un long temps de latence entre l'affirmation biologique du myélome (prolifération plasmocytaire dans le myélogramme en relation avec des anomalies protéinémiques à l'électrophorèse) et les premières manifestations radiologiques.

Les deux observations détaillées plus haut, permettent d'appuyer cette remarque.

- Maladie de Kahler diagnostiquée le 14 décembre 1962 chez madame L..., sans signe radiologique jusqu'en avril 1963.

- Aucune anomalie osseuse encore constatée chez Monsieur M..., depuis le 17 octobre 1963, date où seuls myélogramme et électrophorèse permettent de poser la diagnostic de β myélome.

Cette constatation peut s'expliquer par la précocité actuelle du diagnostic de maladie de Kahler, avant tout signe osseux radiologiquement visible.

Précocité rendue possible par :

- une meilleure connaissance de la maladie de Kahler et de ses formes purement hématologiques,

- la pratique courante du myélogramme,

- les techniques modernes d'électrophorèse et d'immuno-électrophorèse.

Le phénomène primordial du myélome est représenté par la perturbation, en apparence primitive, de la synthèse des protéines.

L'étude de cette perturbation, en constante évolution, passant progressivement du champ de la recherche pure à celui de la routine clinique, permettra un diagnostic de plus en plus précoce et précis. Puis, peut-être, la découverte d'une étiologie et d'une thérapeutique spécifique. Reste, plus modestement dans l'immédiat, à savoir si la possibilité de traiter précocément par les corticoïdes ou la chimiothérapie (melfelen) permet d'allonger notablement la survie du myélomateux, avant les premières manifestations osseuses, le pronostic reprenant alors sa gravité d'antan.

oOo

Vu, le Président de Thèse :
Prof. F. DELBARRE

Vu, le Doyen de la Faculté
Prof. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Jean ROCHE.

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90